

浜松肺炎地域連携クリニカルパス の作成とその有用性

一般社団法人浜松市医師会
肺結核・肺がん検診委員会

代表者 中村 秀範

滝浪	實	朝井	克之
磯部	智明	豊嶋	幹生
長坂	士郎	船井	和仁
高平	健一郎	貝田	勇介
鈴木	一也	橋爪	一光
棚橋	雅幸		

内容の要約

浜松市は、医師会・病院・救急隊および行政の協同により、全国に名高い「浜松方式」と呼ばれる優れた救急医療体制を構築し市民の安心な医療に貢献している。しかしながら、インフルエンザや新型コロナウイルス感染症が蔓延する状況においては、急性期病院の病床が確保困難な状況も時に生まれている。高齢者肺炎の大半は誤嚥性肺炎であり、再燃・再入院率が高く、入院期間が長期化する症例が多い。これが、急性期病床不足の原因の一つとなっている。このような背景から我々は、急性期病院から回復期病院・診療所への肺炎患者のスムーズな連携をはかり、浜松市の地域全体で肺炎患者の治療とケアを行っていくことを目的に、「浜松肺炎地域連携クリニカルパス（肺炎パス）」を作成した。

浜松肺炎地域連携クリニカルパスの特徴は3点ある。1番目は、医療機能や患者の状態に応じた医療の実施すること。これは高齢者肺炎診療における診療機能の分担を促進できるメリットがある。2番目は、国が促進する「地域包括ケア：高齢者肺炎の患者さんを地域全体で支える」ことの実践である。高齢者肺炎の患者さんの価値観や目標や治療選好に一致した医療が受けられるようにサポートすることが可能になる。そして3番目は、このパスの活用により、医療機関の相互交流が深まり、一層スムーズな連携体制を構築していける点である。

この肺炎パスは、2016年よりパイロット運用が開始され、その有効性が示された。肺炎パス使用例は、非使用例と比較して有意に高齢であったが、パス介入により当院の入院期間が有意に短縮された（各 20.1 ± 3.0 日、 36.5 ± 20.6 日； P 値 < 0.0001 ）。肺炎パスの導入により、自宅退院が困難と予想された高齢者肺炎に対して早期から多職種による包括的介入が行われ、円滑な転院調整が可能となった。現在は、浜松市内のすべての医療機関が参加できる体制となっている。この肺炎パスが、浜松市民の医療を底辺から支える手段となっていくことが期待される。

研究・活動内容

I. 緒言

肺炎は本邦における死因の第5位を占める重要な疾患であり¹⁾、人口の高齢化に伴い肺炎の患者数や死亡数の増加が問題となっている。高齢者肺炎の多くは誤嚥性肺炎であり²⁾⁻⁴⁾、食事に伴い肺炎を繰り返す特性がある^{5) 6)}。併存症や合併症も多く、退院まで時間がかかり、急性期病院のベッドを長期間にわたり占拠してしまうことも少なくない⁵⁾⁻⁷⁾。急性期医療に依存する肺炎診療システムでは地域の基幹病院の入院医療を破綻させかねない。そのため、肺炎治療だけでは不十分であり、看護、介護、リハビリテーションを含む包括的ケアが重要となり⁴⁾、さらに、急性期病院での治療後は速やかに連携施設へ転院できる医療機関の機能分担を推進していく必要がある。

II. 高齢者肺炎クリニカルパス作成とその有効性評価（資料1、2、3）

聖隷浜松病院（急性期病院：750床）の呼吸器内科では、医療法人社団一穂会 西山病院（慢性期病院：271床）と連携し、高齢者肺炎地域医療連携クリニカルパス（以下、肺炎地域連携パス）の作成に取り組み、2016年3月から運用を開始した⁸⁾。パスに従って多職種が効率的に介入し、連携施設へ円滑に転院、慢性期治療・療養を受けることができるように作成された。

目的

本研究では、肺炎地域連携パス導入後3年間の取り組みを調査し、有用性について明らかにすることを目的とした。

対象および方法

当院呼吸器内科において、2016年3月～2019年3月の期間に、肺炎または誤嚥性肺炎（DPC 傷病名）にて入院され、最終転帰が転院であった連続188症例を対象とした。65歳以上を高齢者と定義し、肺炎地域連携パスは高齢者に使用された。肺炎地域連携パスの運用状況に関して、パス使用件数および使用率（パス使用件数

/肺炎入院件数)の年次推移を調査した。肺炎地域連携パス導入に伴う連携施設の取り組みとして、当院および西山病院におけるパス導入後の変化について調査した。診療録に基づき後方視的に、年齢、性別、誤嚥性肺炎の有無(DPC傷病名)、介護度、入院前の住居、摂食・嚥下能力グレード⁹⁾を調査し、肺炎地域連携パス使用例の臨床像を評価した。肺炎地域連携パスを使用したものの最終的に西山病院へ転院しなかった症例をパス脱落と定義し、パス脱落件数、脱落理由、および、パスを使用して転院した症例の最終転帰を調査した。さらに、肺炎地域連携パスの使用有無による臨床像、肺炎重症度:A-DROP¹⁰⁾、高流量鼻カニューラ(ネーザルハイフロー)使用有無、人工呼吸器使用有無(侵襲的陽圧換気または非侵襲的陽圧換気)、併存症(悪性腫瘍、在宅酸素療法を要する慢性呼吸不全)、入院期間、DPC入院期間Ⅱ以下の割合、1日あたりの入院医療費(入院医療費/入院日数)について比較検討した。

統計解析はJMP[®]13(SAS Institute Inc, Cary, NC, USA)を用い、2群間の比較には χ^2 検定、Mann-Whitney U検定を行った。いずれの検定も有意水準は5%未満とした。

なお、本研究は、聖隷浜松病院臨床研究審査委員会において審査・承認され(受付番号:3210号)、ヘルシンキ宣言および臨床研究に関する倫理指針を遵守し実施した。

結果

1. 肺炎地域連携パスの運用状況

当院における肺炎地域連携パスを図1に示す。肺炎地域連携パスは主に、①入院7日目までに転院を検討し、医師間で受け入れを決定、②19日目までに患者および患者家族の意思決定と西山病院への見学、③転院まで両院の看護師間で密な情報共有、によって構成され、転院する日付は明確に定めずに患者の状態や施設の受け入れ状況に応じた柔軟性を特徴として作成された。肺炎地域連携パス導入後3

年間において、46 症例（24.5%）に使用されていた。肺炎地域連携パス使用件数および使用率の年次推移を図 2 に示す。パス使用件数は 2016 年度 12 件（2015 年 3 月の 1 件を含む）、2017 年度 13 件、2018 年度 21 件であり、パス使用率は 2016 年度 17.4%（n=12/69）、2017 年度 19.7%（n=13/66）、2018 年度 39.6%（n=21/53）といずれも経年的に増加傾向であった。

2. 肺炎地域連携パス導入に伴う連携施設の取り組み

肺炎地域連携パス導入に伴って、当院では入院直後から転院を意識する姿勢が浸透し、医師、看護師、医療ソーシャルワーカーなどがパスに沿って早期に情報共有・転院調整を行い、退院支援をすすめることができるようになった。肺炎地域連携パスは患者情報の共有ツールとして用いられ、患者状態に応じて、嚥下機能・評価、口腔ケア、栄養管理、患者ケアなどが積極的に行われ、転院後も継続した医療・看護の提供ができるように情報共有が行われた。

一方、転院先の西山病院では、よりスムーズな転院を促進するため休日の家族見学を行えるようにし、1 日の転院受け入れ患者数を増加するなどの業務改善が行われた。パス導入初期には呼吸器内科専門医が試験的に患者受け入れを担当していたが、実績を重ねて理解を得ることで、病院内の全医師がパス患者に対応できるようになった。また、西山グループ内全医師の協力を得て、病院内の医療療養ベッド（158 床）だけでなく介護医療院（113 床）などを含めたグループ全体（601 床）による受け入れ体制が構築された。さらに、医師、看護師、管理栄養士、理学療法士、言語聴覚士、歯科衛生士などから構成される栄養サポートチームの立ち上げなど院内連携体制の再構築も図られた。

3. 肺炎地域連携パス使用例の患者背景

肺炎地域連携パスを使用した 46 症例の患者背景を表 1 に示す。平均年齢は 87.8

±5.8 歳、男性 25 例 (54.3%) であり、DPC 傷病名は誤嚥性肺炎が大部分を占めた (78.3%)。全体の 80.4%は要介護 1 以上を要し、69.6%が在宅介護されている症例であった。摂食・嚥下能力グレード⁹⁾では、半数以上が中等症以上の嚥下障害を認めていた。肺炎地域連携パスの脱落は 10 例 (21.7%) において認められた。パス脱落の理由としては、病状悪化のため死亡退院 3 例、病状改善のため自宅退院または他施設への入所 各 2 例、経済的理由 2 例、せん妄が強く受け入れ困難 1 例であった。肺炎地域連携パスを使用して西山病院へ転院した 36 例の転院後転帰の内訳は、死亡退院 20 例 (55.6%)、西山病院にて入院継続 9 例 (25.0%)、自宅退院または介護施設入所 7 例 (19.4%) であり、転院後生存例の約半数が退院可能となった。

4. 肺炎地域連携パス使用例と非使用例の比較

肺炎治療後に転院した 188 症例のうちパス脱落の 10 例を除いた 176 症例を対象とし、肺炎地域連携パス使用例 36 例と非使用例 142 例を比較検討した (表 2)。肺炎地域連携パス使用例は、非使用例と比較して有意に高齢であったが (各 87.8±5.5 歳、82.0±9.5 歳 ; P 値=0.0002)、入院期間が短かった (各 20.1±3.0 日、36.5±20.6 日 ; P 値<0.0001) (図 3)。性別、誤嚥性肺炎、入院時の要介護 3 以上、入院前の住居が自宅、肺炎重症度 : ADROP 3 点以上の割合は両群間に有意差を認めなかった。肺炎治療に関しては、肺炎地域連携パス使用例の方が、非使用例よりも高流量鼻カニューラが選択された傾向があり、人工呼吸器使用は有意に少なかった (各 0%、9.2%; P 値=0.01)。また、肺炎地域医療連携パスを使用例は、非使用例と比較して有意に DPC 入院期間 II 以下の割合が多く (各 45.7%、23.2%; P 値=0.01)、1 日あたりの入院医療費が高かった (中央値各 43,575 円、39,468 円; P 値=0.02)。

考察

本研究において、肺炎地域連携パス導入後3年間の有用性を評価した。パス使用件数および使用率は経年的に増加傾向となり、連携施設間の取り組みによって転院受け入れ体制が向上し、約20日で西山病院へ転院できていた。パス脱落例は約20%に存在したが、患者要因が主体であり、パスの運用上の問題は少なかった。特筆すべき点として、肺炎地域連携パス使用例は非使用例と比較して有意に高齢であったにも関わらず、入院期間は有意に短かった。さらに、転院後の治療・ケアの継続によって生存例の約半数が自宅や介護施設へ退院できていた。これらの結果から、肺炎地域連携パスを使用することで、自宅退院が困難と予想された高齢者肺炎に対して早期から多職種が効率的に介入でき、円滑な転院調整が可能になることが示唆された。

近年の高齢化社会を反映し、地域における医療・介護の関係機関が連携して包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供できる地域包括ケアシステムの構築が推進されている¹¹⁾。高齢者肺炎は誤嚥性肺炎が大半を占め²⁾³⁾、再燃・再入院率が高く、入院期間が長期化する症例が多いことが知られ⁵⁾⁷⁾、肺炎治療のみでは不十分であり、多職種介入による地域包括的ケアが必要な疾患と考えられる⁴⁾。医療の機能分担と連携や地域包括ケアをすすめる上で地域医療連携パスは非常に大きな役割を担い、本邦においては、脳卒中をはじめとして、大腿骨頸部骨折、癌、糖尿病等の疾患において作成、運用されてきている¹²⁾。田澤らは誤嚥性肺炎入院患者230名の臨床像を検討し、再入院率は15.2%と高率であり、平均入院期間37.9日と長期化していることを示し、肺炎予防の観点から包括的な地域医療連携パスの必要性を報告している⁷⁾。多職種介入による包括的な誤嚥性肺炎クリニカルパスの有用性の報告は散見されるが¹³⁾⁻¹⁵⁾、高齢者肺炎における地域医療連携パスの報告はほとんどなく、普及には至っていない⁷⁾¹²⁾。厚生労働省の患者調査の概況によると、退院

患者平均在院日数は経年的に短くなっているものの、65歳以上の肺炎の平均在院日数は33.4日であり¹⁶⁾、肺炎地域連携パスの使用は転院までの期間短縮に効果的であったと言える。さらに、DPC入院期間Ⅱ以下の割合が多く、1日あたりの入院医療費が高い点からも肺炎地域連携パスの有用性が示唆された。肺炎地域連携パスは、急性期病院－慢性期病院の病院間連携の新たなツールとして期待が持たれる。

肺炎地域連携パス導入に伴い、当院では入院直後から転院を意識する姿勢が医師や看護師に浸透し、パスに沿った早期の多職種介入が可能となった。一方、西山病院では、病院全体として患者の受け入れ体制改善に取り組み、従来よりも計画的な転院が可能となっただけでなく、栄養サポートチームの立ち上げ等、院内連携体制の強化が図られた。いずれの施設においても利点が認められ、パスの活用を通じた医療機関の相互交流により、連携病院の診療やケア内容の相互理解が深まり、より良い信頼関係を構築することができた⁸⁾。結果として、肺炎地域連携パスの使用は経年的に増加傾向となり、入院期間短縮につながったと思われる。さらに、転院後生存例の約半数が在宅または介護施設へ退院できており、地域包括ケア推進に有用な可能性が示唆された。特に、急速に日常生活動作が低下してきた症例やリハビリ継続すれば自宅退院が可能と思われる症例等が肺炎地域連携パスの良い適応であった。

しかしながら、肺炎地域連携パス使用にあたり様々な問題点も明らかとなった。特に、転院受け入れ可否が最も重要な問題であった。肺炎地域連携パス導入後の運用の中で、取り組み転院受け入れ条件として、①患者・家族の転院への理解、②転院先での採用薬への変更（西山病院は慢性期病院の包括医療費制のため薬剤費の限度額が定められている。但し、例外は除く）、③暴言暴力等、精神科医が介入を要する治療困難な精神疾患が併存していない、④人工呼吸器など延命治療の希望なし、

⑤要介護を取得している（入院中に介護保険申請をしていれば可）、などが挙げられ、①～⑤を満たさない場合には肺炎地域連携パスに組み入れできなかった。その他、費用負担の問題、転院先の立地条件、使用薬剤の制限等の理由によりパスが使用できない症例も見られた。また、入院初期に人工呼吸器を要した症例はいずれも肺炎地域連携パスが使用されておらず、肺炎地域連携パスの運用においては、経口摂取ができない場合の対応や延命治療の希望等を含む十分な病状説明を入院後早期に行うこと、転院先の紹介と見学、料金説明、申し込み手続きを円滑に行うため看護・医療ソーシャルワーカーの早期介入、病状に応じて連携施設の医師間、看護師間の密な連絡を行うこと、などが円滑な転院調整において非常に重要であった。

III. 浜松肺炎地域連携クリニカルパスの完成（資料4）

先行研究で有効性が示された肺炎クリニカルパスを、浜松市全体に普及させるために浜松市内の医療機関に参加を呼びかけ、討議を重ねて最終的な肺炎パスを完成させた。このパスの名称を、「浜松肺炎地域連携パス」と正式に定め、2021年2月10日には、浜松市医師会のすべての医療機関に告知し、説明検討会を開催した（資料4）。その後2021年4月1日には東海北陸厚生局へ、施設基準に係る届出書類一式を提出し、「地域連携診療計画加算」の算定が可能となっている。

浜松肺炎地域連携パスの特徴は、①対象を、原則65歳以上の肺炎患者（細菌性肺炎、誤嚥性肺炎、その他医師が認めた肺炎患者）としたこと、②急性期病院入院後、20日前後で転院・退院するように設計されていること、③退院転院基準は連携施設・病院ごと設定すること、④開業医も含めたパスであること、⑤再発時には紹介元と相談し、急性期病院に戻ることも可能な循環型パスであること、そして⑤アドバンスケアプラン（ACP）にも対応するパスであること、などである（図4, 5, 6および資料4）。2021年10月現在、浜松市内の3つの急性期病院、9の連携施設・病院および19の連携診療所が参加し肺炎パスの運用がはじまっており、今

後一層の普及が期待される。

IV. 結語

浜松肺炎地域連携クリニカルパスの利点は3点あると考える。1番目は、医療機能や患者の状態に応じた医療を行えること。これは高齢者肺炎診療における診療機能の分担を促進できるメリットがある。2番目は、国が推進する地域包括ケア（高齢者肺炎の患者さんを地域全体で支える）の実践である。高齢者肺炎の患者さんの価値観や目標や治療選好に一致した医療が受けられるようにサポートすることが可能になる。またこの肺炎パスの中にACP(アドバンス・ケア・プランニング)を包含され、それを促進していくことも可能である。3点目は、このパスの活用を通じた医療機関の相互交流により、一層強い信頼関係と連携を構築していけることである。今後この肺炎パスが、浜松市民の医療を底辺から支える手段となっていくことが期待される。

引用文献

- 1) 厚生労働省. 平成30年(2018)人口動態統計月報年集(概数)の概況.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai18/dl/gaikyou30.pdf>
- 2) Teramoto S, Fukuchi Y, Sasaki H, et al. High incidence of aspiration pneumonia in community- and hospital-acquired pneumonia in hospitalized patients: a multicenter, prospective study in Japan. *J Am Geriatr Soc* 56: 577-9, 2008.
- 3) 寺本信嗣: 誤嚥性肺炎: オーバービュー. *日胸* 68: 795-808, 2009.
- 4) 嚥下性肺疾患研究会編. 嚥下性肺疾患の診断と治療 改訂版. ファイザー株式会社, 2013.
- 5) Ishida T, Tachibana H, Ito A, et al. Clinical characteristics of nursing and healthcare-associated pneumonia: a Japanese variant of healthcare-associated

- pneumonia. Intern Med 51: 2537-44, 2012.
- 6) Kato T, Miyashita N, Kawai Y, et al. Changes in physical function after hospitalization in patients with nursing and healthcare-associated pneumonia. J Infect Chemother 22: 662-6, 2016.
 - 7) 田澤 悠, 山内翔太, 田口郁苗, 他. 誤嚥性肺炎地域連携クリニカルパスの必要性—誤嚥性肺炎患者の特徴からの検討—. 日クリニカルパス会誌 20: 549-51, 2018.
 - 8) 浜松市における肺炎地域医療連. 地域包括新時代 6: 10-13, 2018, アステラス製薬株式会社.
 - 9) 藤島一郎: 嚥下障害リハビリテーション入門 嚥下障害入門 原因、症状、評価 (スクリーニング、臨床評価) とリハビリテーションの考え方 (解説) . Jpn J Rehabil Med 50: 202-2011, 2013.
 - 10) 日本呼吸器学会成人肺炎診療ガイドライン 2017 作成委員会: 成人肺炎診療ガイドライン 2017, 第 1 版, 2017, 9-33, 日本呼吸器学会. 東京.
 - 11) 厚生労働省. 地域包括ケアシステム.
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/
 - 12) 宮崎久義, 野村一俊, 武藤正樹, 他. 日本におけるクリティカルパスの普及に関する実態調査報告 (第 3 報) . 日医マネジメント会誌 20: 45-52. 2019.
 - 13) 酒井圭子, 山崎秀夫, 杉野安輝, 他. 誤嚥性肺炎クリニカルパスにおける言語聴覚士 (ST) 介入の効果. 日クリニカルパス会誌 12: 127-131, 2010.
 - 14) 荒幡昌久, 栗山政人, 米山 宏, 他. 高齢者嚥下性肺炎に対する包括的診療チーム介入試験. 日老医誌 48: 63-70, 2011.

- 15) 岡本真紀乃, 荒幡昌久, 森河尚江, 他. 包括的かつ個人介入を主眼とした
誤嚥性肺炎パスの有効性の検討. 日クリニカルパス会誌 14: 5-10, 2012.
- 16) 厚生労働省. 平成 29 年 (2017) 患者調査の概況.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/dl/kanja.pdf>

図・表

表 1. 肺炎地域連携パスを使用した症例の患者背景

	n=46
年齢、歳	87.8 ± 5.8
性別 男性 / 女性、n (%)	25 / 21 (54.3 / 45.7)
誤嚥性肺炎、n (%)	36 (78.3)
介護度	
要支援 1・2、n (%)	9 (19.6)
要介護 1・2、n (%)	14 (30.4)
要介護 3・4、n (%)	12 (26.1)
要介護 5、n (%)	11 (23.9)
入院前の住居	
自宅、n (%)	32 (69.6)
施設・病院、n (%)	14 (30.4)
摂食・嚥下能力グレード ⁸⁾	
I (重症)、n (%)	7 (15.2)
II (中等症)、n (%)	15 (32.6)
III (軽症)、n (%)	24 (52.2)
IV (正常)、n (%)	0 (0)
パス脱落、n (%)	10 (21.7)
転院後転帰*	
死亡退院、n (%)	20 (55.6)
入院継続、n (%)	9 (25.0)
退院、n (%)	7 (19.4)

データ：平均値±標準偏差

* n=36

表 2. 肺炎地域連携パス使用有無における臨床像の比較

	肺炎地域連携パス使 用例	肺炎地域連携パス非 使用例	P 値
症例数、n	36	142	
年齢、歳	87.8 ± 5.5	82.0 ± 9.5	0.0002
性別 男性 / 女性、n (%)	21 / 15 (58.3 / 41.7)	94 / 48 (66.2 / 33.8)	0.38
誤嚥性肺炎、n (%)	28 (77.8)	110 (77.5)	0.97
介護度：要介護 3 以上、n (%)	14 (38.9)	47 (33.1)	0.51
入院前の住居：自宅、n (%)	26 (72.2)	107 (75.4)	0.70
肺炎重症度：A-DROP 3 点以上、n (%)	14 (38.9)	49 (34.5)	0.63
肺炎に対する治療			
高流量鼻カニューラ、n (%)	4 (11.1)	5 (3.5)	0.09
人工呼吸器、n (%)	0 (0)	13* (9.2)	0.01
併存症			
悪性腫瘍、n (%)	4 (11.1)	18 (12.7)	0.80
慢性呼吸不全（在宅酸素療法）、n (%)	3 (8.3)	11 (7.8)	0.91
入院期間、日	20.1 ± 3.0	36.5 ± 20.6	<0.0001
DPC 入院期間Ⅱ以下、n (%)	16 (45.7)	32 (23.2)	0.01
1 日あたりの入院医療費、円	43,575 [35,210－60,524]	39,468 [26,471－141,710]	0.02

データ：平均値±標準偏差、中央値 [範囲]

*侵襲的陽圧換気 (n=3)、非侵襲的陽圧換気 (n=10)

当院では、厚生労働省が推奨する地域包括ケアシステム構築に則り、地域全体で患者さんを支援しております。

当院の入院は20日程度を予定し、症状が落ち着き次第、ご自宅への退院、又は連携している連携病院へ転院し、慢性期治療・療養を受けて頂くことが出来ます。

※転院決定後であっても、転院をキャンセルし自宅退院とすることは可能です。

	1-2日目 (/)	3-7日目	8-19日			20日目 (/)
あなた、ご家族		医師より、病状の説明と治療の流れ、その後の転院について説明。 	(8-14日目)意志決定及び連携病院の見学 料金説明や申込手続き 〇〇病院:土曜・日曜対応可能 □□病院:土曜対応可能  			<転院> 連携病院より、看護師が同伴送迎 
聖隷浜松病院	<医師> 症状や状態から転院について検討 	(3日目) <医師> あなた及びご家族へ転院について説明 	(3-14日目) <相談室> あなた及びご家族へ、連携病院への申込と見学説明 	(3-19日目) <医師> 診療情報提供書作成 	(3-19日目) <看護師> 看護サマ/ADL・看護情報提供書作成 	<看護師> 病状及びケア方法など、症状や状態に合せた引継ぎ  ↑↓ 
西山病院			(3-14日目) <医師連絡> 【受入について確認】 聖隷浜松病院 ↓ 連携病院 	(15-19日目) <薬剤師> 診療情報提供書から、処方確認 	(15-19日目) <相談室> 【受入調整】 連携病院 ↓ 聖隷浜松病院 	

※期間はおおよその目安になります。

図 1. 聖隷浜松病院における初期の肺炎地域連携パス

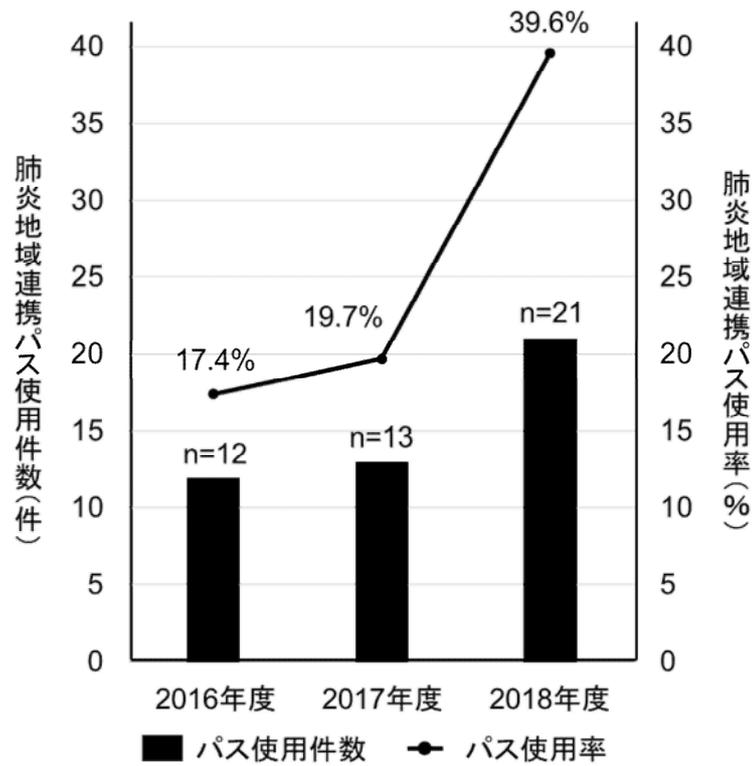


図 2. 肺炎地域連携パスの使用状況

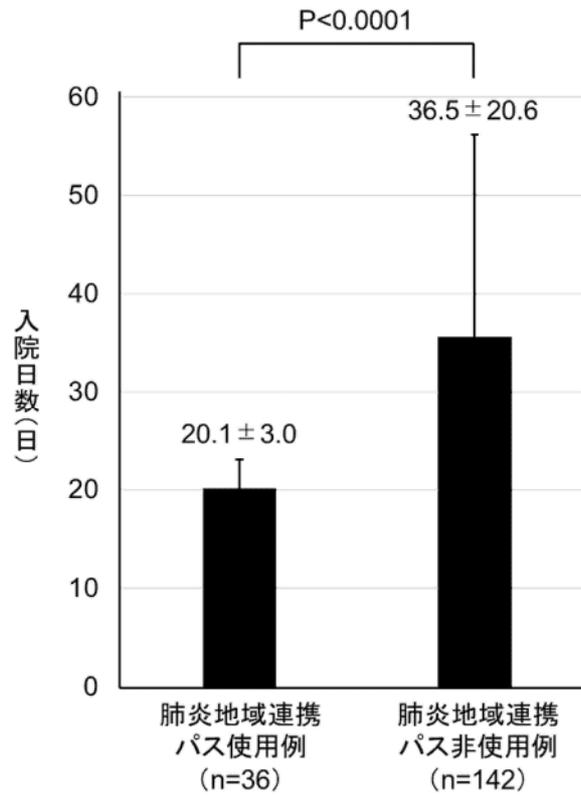


図 3. 肺炎地域連携パス使用有無による入院日数の比較

浜松肺炎地域連携パス【患者用】		氏名()			
<p>当院では、厚生労働省が推奨する地域包括ケアシステム構想に則り、地域全体で患者さんの療養生活を支援しております。 当院の入院は、急性期での治療が終了し、症状が落ち着き次第、連携している医療施設に転院し、療養を受けていただくことができます。 連携医療施設では、その後の療養生活の場所の検討と支援を行います。</p>					
	1-2日目	(~)日目	(~ 転院日まで)	(~)前後を目処に	(~)以降を目処に
	急性期病院		連携医療施設		維持療養施設
担当医療機関	【施設名: ()】 あなたの連携先を太線で明示していきます。 複数の医療施設が連携して、治療や機能回復・維持を支援します。 		転院日: 月 日	【施設名: ()】 <input type="checkbox"/> 療養病院 <input type="checkbox"/> 自宅(かかりつけ医) <input type="checkbox"/> その他() <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content;"> その他の療養先の希望 <input type="checkbox"/>自宅 <input type="checkbox"/>介護施設 <input type="checkbox"/>療養病院 その他 </div>	【施設名: ()】 <input type="checkbox"/> 自宅(かかりつけ医) <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 療養病院 <input type="checkbox"/> その他()
あなた家族	<input type="checkbox"/> 医師から、病状の説明と治療の流れ、その後の転院、退院についての説明を受けます。 	<input type="checkbox"/> 転院先()の決定 <input type="checkbox"/> ()病院の資料を受け取ります <input type="checkbox"/> 詳細の説明を希望の方はMSWを紹介しします <input type="checkbox"/> 転院先の面談希望のある方は調整いたします (*事前面談の有無は病院によって異なりますので担当者に相談下さい)	<input type="checkbox"/> 転院時の搬送方法 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> ご家族同伴し転院して頂きます 	<input type="checkbox"/> 転院先の医師から、今後の治療や機能回復の見通しなどの説明を受けます <input type="checkbox"/> 栄養の取り方について、意思決定します <input type="checkbox"/> 連携医療施設退院後の療養先を決定します 自宅に退院する場合には、診療所医師(かかりつけ医)と連携いたします。 決まっていない場合には、ご紹介します。 	<input type="checkbox"/> ご本人の状況にあった場所で、療養を継続していただきます。
治療リハビリの流れ	<input type="checkbox"/> 抗生剤などの薬物治療を行います <input type="checkbox"/> 必要に応じて、酸素投与を行います <input type="checkbox"/> 食事摂取の判断を行います。患者とご家族に今後の予測を説明します。 <input type="checkbox"/> 急性期リハビリを開始します		<input type="checkbox"/> 食事摂取の判断に基づき、栄養補給経路の検討をします <input type="checkbox"/> 嚥下訓練などを行います	<input type="checkbox"/> 医師の判断で、必要な薬物治療を行います <input type="checkbox"/> 日常生活に応じたリハビリを行います <input type="checkbox"/> 介護保険や各種制度の説明、利用法、その他不明なことをご相談下さい	-----> -----> -----> -----> ----->
説明と同意	私は、この表にある地域連携診療計画に関する説明を受けました。記載された診療情報が各連携医療機関で共有されることに同意します。				
(署名)	年 月 日 主治医:	年 月 日 主治医:			
	患者氏名 又は 代理人の署名	患者氏名 又は 代理人の署名			
			5		

図4 浜松肺炎地域連携パス(患者用)

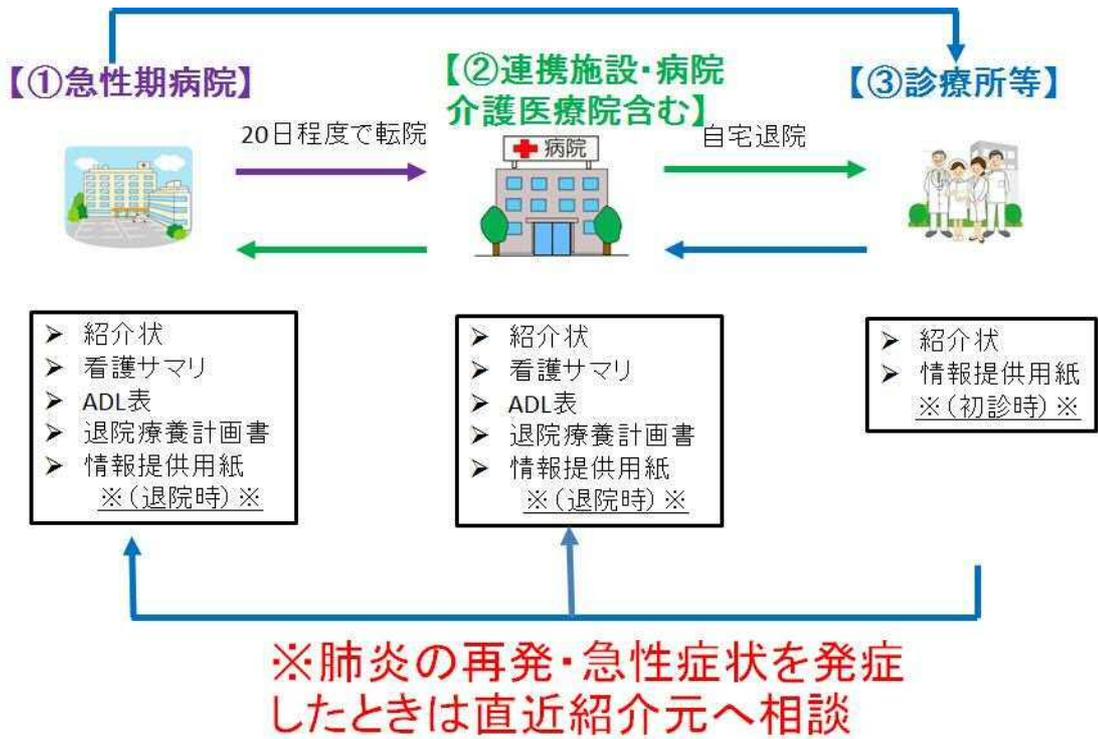


図5 浜松肺炎地域連携パスのながれ

図6 「浜松肺炎地域連携パス」についての説明

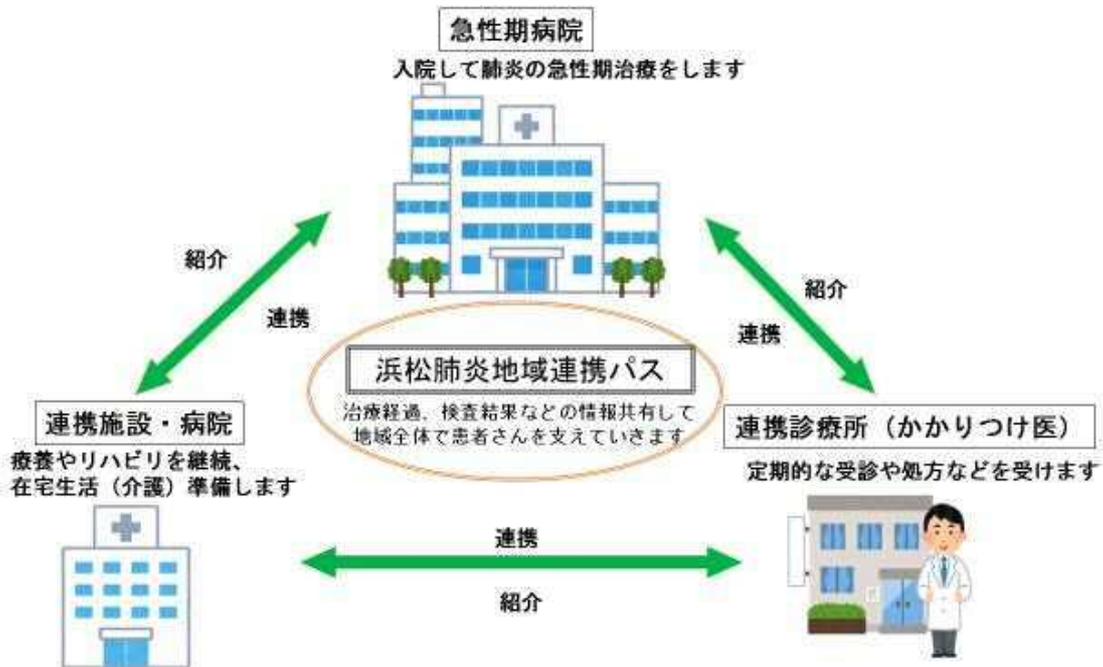
あなたは肺炎の治療を行うため、**[病院名]** に入院されました。

当院では、肺炎の原因（病原菌、患者さんの嚥下機能、免疫状態など）を可能な限り検索し、最良と考える薬物療法など（酸素吸入や点滴）を行います。食事の誤嚥による肺炎を疑う場合は、食事をするを一時的に休止させて頂く場合もあります。

最も重要なことですが、肺炎で入院すると、それに伴って体力が低下し、もとの生活に戻るまで長期間かかることも珍しくありません。そのため、私達は医師だけでなく、看護師、リハビリ療法士、栄養士、医療相談員（MSW）を含めたチームで患者さんのサポートを行っています。つまり入院後早期から、患者さんがスムーズに退院や転院ができ、もとの生活に戻れるように支援していきます。

この仕組みの一つが「浜松肺炎地域連携パス」というものです。浜松肺炎地域連携パスは、**[病院名]**だけではなく、地域全体で患者さんを支えていく仕組みです。肺炎の急性期治療は当院で行い、その後は自宅または連携施設（かかりつけ医・療養型病院、介護医療院）で慢性期治療・リハビリ・療養を行います。最終的には自宅を目指しながら、一旦は連携施設・病院にてリハビリ・自宅介護の準備を行っていくことも可能です。

退院先として、自宅か連携施設（かかりつけ医・療養型病院、介護医療院）を希望されるかについて入院7日後を目安に決めていただくようお願いいたします。（別添資料参照）



2021年2月1日作成 浜松肺炎地域連携パス運用検討会作成